

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

372

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ÉLIE LAGIER

Né le 18 Janvier 1899 à Toulon (Var)

Contribution
à l'Étude de l'Épilepsie réflexe
d'origine gastro-intestinale

Président de thèse : M. le Professeur A. GOSSET

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

374

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

ÉLIE LAGIER

Né le 18 janvier 1899 à Toulon (Var)

Contribution

à l'Étude de l'Épilepsie réflexe d'origine gastro-intestinale

Président de thèse : M. le Professeur A. GOSSET

PARIS

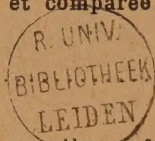
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BRAMI.....	Pathologie médicale.
GLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
UBERTIN.....	Pathologie médicale.
ASSET.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
EAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.....	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
ADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
CHAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
ELERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
OUVOIR.....	Médecine légale.
ECALLE.....	Obstétrique.
TISSINGER.....	Pathologie médicale.
TOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
MARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.....	Urologie.
NOVELACQUE.....	Anatomie.
NOYEUX.....	Parasitologie

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{1e} .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophthlmoilogie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBoullet..	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie.
LœPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..*	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MES ONCLES ET TANTES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Paris,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.-A. GUTMANN

Assistant médical de la Clinique chirurgicale
de la Salpêtrière.

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, et nous a aidé à la réaliser, en
témoignage de notre bien vive reconnais-
sance.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE PARIS

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE STRASBOURG

INTRODUCTION

D'après les théories récentes, l'épilepsie n'est pas une maladie, c'est seulement un syndrome caractérisé par l'apparition soudaine de paroxysmes dont les convulsions sont l'élément principal, mais qui peuvent aussi comprendre des symptômes d'ordre sensitivo-sensoriel, sympathique et psychique.

Pour Pierre Marie, Babinski, Laignel-Lavastine, Comby, l'épilepsie n'est nullement une maladie héréditaire.

M. Hartenberg ne relève dans ses statistiques que 3 fois sur 80 cas l'épilepsie chez les ascendants.

Voici une partie des conclusions de la thèse de M^{lle} Primak sur l'épilepsie d'origine cardiaque :
« L'épilepsie n'est qu'un symptôme dont le point de départ est une lésion organique. »

Toutes les épilepsies sont symptomatiques. Tantôt elles sont symptomatiques d'une lésion évidente, tantôt leur cause est difficile à trouver.

Avec M. Laignel-Lavastine on peut diviser les épilepsies de la façon suivante :

A) Epilepsie dite essentielle, qui n'est plus admise par beaucoup d'auteurs, mais qui sert à désigner les cas dans lesquels il est impossible de mettre en évidence le facteur morbide.

B) Epilepsies symptomatiques.

1. Epilepsie symptomatique des tumeurs cérébrales;

2. Epilepsies consécutives à des traumatismes crâniens;

3. Epilepsies symptomatiques des intoxications;

4. Des épilepsies toxiques peuvent être rapprochées les convulsions de l'éclampsie et de l'urémie. La goutte et le diabète peuvent aussi entraîner des crises convulsives, soit par lésions rénales concomitantes, soit par intoxication générale;

5. Epilepsie d'origine infectieuse;

6. Sous le nom d'épilepsie de cause réflexe, on a rapporté des crises convulsives à des lésions irritatives des voies biliaires, des voies urinaires, des organes génitaux, à des pleurésies, à des lésions laryngées ou auriculaires.

Nous n'avons fait ce bref résumé que pour situer le sujet que nous nous proposons d'étudier dans ce travail.

Nous nous y occuperons des épilepsies réflexes survenant chez des sujets n'ayant jamais présenté auparavant de manifestations épileptiques, et chez lesquels on a pu établir un rapport de cause à effet strict entre les lésions périphériques et les crises comi-

tiales. La preuve de ce rapport de causalité se trouve dans le fait que la suppression de la cause incriminée a amené la suppression des crises.

Les deux cas que nous apportons ont trait à des affections douloureuses de l'abdomen.

L'ÉPILEPSIE REFLEXE

Par épilepsie réflexe il faut donc entendre celle qui survient chez des sujets normaux ou tout au moins en apparence normaux, n'ayant jamais présenté de manifestations comitiales, et n'en manifestant plus après guérison de la lésion dont les crises étaient symptomatiques.

Ces épilepsies réflexes admises par la plupart des auteurs sont cependant considérées comme étant exceptionnelles.

Certains auteurs pensent même que la lésion périphérique ne devient épileptogène que grâce à l'aptitude du sujet. C'est peut-être là une question bien subtile, et il est difficile de discuter l'aptitude d'un sujet à faire des crises.

Voisin, dans ses leçons sur l'épilepsie, parle de ces épilepsies réflexes qu'il appelle épilepsies sympathiques, auxquelles il reconnaît pour cause une lésion des nerfs périphériques : « Lorsqu'une cause excitante quelconque produit l'épilepsie en agissant sur l'axe cérébro-spinal par l'intermédiaire d'un nerf sensitif ou du grand sympathique, l'épilepsie est dite réflexe ou sympathique. »

Se basant sur les expériences de Brown-Séquard, les effets de la section d'un nerf sciatique et les obser-

vations de guérison après ablation des tumeurs qui étaient sur le trajet des nerfs spinaux, il ajoute que l'épilepsie réflexe est possible dans des conditions analogues.

Pour lui, le grand sympathique joue un rôle considérable dans l'épilepsie réflexe : « En effet, les impressions même des organes auxquels se distribue le grand sympathique peuvent à leur tour, en se propageant à la moelle ou à l'encéphale, déterminer la réaction des parties animées par les nerfs cérébro-rachidiens. »

Et il conclut ainsi : « Il nous paraît résulter de cet exposé que le mal comitial peut être le résultat d'irritations ressenties par le grand sympathique viscéral. Des irritations portant sur les filets du grand sympathique qui accompagnent les artères peuvent aussi déterminer le mal comitial : l'épilepsie est dite alors vaso-motrice. »

De même, Maurice de Fleury, dans ses *Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement*, conclut à l'existence d'une épilepsie réflexe.

Pour lui, tous les phénomènes du grand ou du petit mal épileptique sont explicables par l'hypothèse d'une lésion anatomique ou d'un trouble fonctionnel de l'écorce cérébrale.

La substance grise du cerveau n'est autre chose que l'aboutissant ultime de tous nos nerfs de sensibilité qui y déposent les sensations de toute sorte, aussi bien celles qui viennent du monde extérieur que celles qui naissent incessamment dans toutes les par-

ties de notre économie. Le cerveau est le lieu de concentration de toutes nos sensations et l'écorce elle-même n'est que la surface sensible par excellence. Comme elle est la plus proche des éléments moteurs, les agents qui l'irritent directement sont évidemment ceux qui déterminent le plus immédiatement l'éclat des phénomènes convulsifs, mais qu'une irritation siège sur le trajet d'un nerf sensitif, et l'irritation, pour être moins directe, n'en aboutira pas moins à l'élément moteur. Il n'y aura de différence entre l'épilepsie directe et l'épilepsie réflexe que la longueur du nerf sensitif qui sépare le point irrité du cerveau. Les corps étrangers du tube digestif, les tumeurs des fosses nasales et du larynx, les cicatrices cutanées, les névromes, les phimosis, etc... agissent au total par le même mécanisme que les tubercules de la pie-mère, les épaissements des méninges, les esquilles comprimant la zone motrice.

Dans l'un et l'autre cas, l'agent d'irritation apporte au centre qui préside à la motricité un surcroît d'énergie, continuellement accrue jusqu'au moment où l'accumulation trop forte devient intolérable et où se déchaîne en avalanche le paroxysme convulsif.

Et M. de Fleury conclut : « Donc, si nous envisageons l'épilepsie selon le point de l'organisme où porte l'agent d'irritation, nous admettons une épilepsie corticale ou directe et une épilepsie réflexe. Cette dernière est souvent justiciable de l'intervention chirurgicale, l'extirpation d'une tumeur, d'une cica-

trice, d'un névrome, l'élongation d'un nerf, ont donné d'excellents résultats. »

Expérimentalement, on a pu réaliser de ces épilepsies réflexes qui méritent bien alors le nom de symptomatique, puisque l'on connaît la cause qui produit la crise et que l'on peut la répéter à volonté.

En 1870, Hetzig montre que l'écorce du cerveau devient épileptogène sous l'influence directe d'agents mécaniques : froid, excitation électrique.

A. Cooper met en évidence le rôle des troubles vasculaires.

Brown-Séquard, Vulpian, Nothnægel, Krause, Jolly, Prévost remarquent qu'une excitation d'un nerf périphérique sensitif peut provoquer de crises épileptiques.

Laborde, Lamandé font la même remarque en irritant la plèvre par des corps irritants tels que la teinture d'iode, le nitrate d'argent.

La médecine vétérinaire insiste sur la fréquence de ces épilepsies réflexes chez le cheval par exemple.

Amantea rend l'écorce du cerveau de l'animal en expérience épileptogène par action locale de la strychnine. Or, il constate qu'à chaque centre cortical strychnisé correspond une zone spéciale, cutanée, hyperthésique, « zone réflectogène », dont l'excitation provoque l'apparition de secousses d'abord localisées, puis se diffusant rapidement pour donner le tableau d'une épilepsie partielle.

Pour M. R. Cestan, les épilepsies réflexes chez des sujets non prédisposés sont extrêmement rares.

On a admis qu'une excitation sensitive ou sensorielle pouvait être assez intense pour créer une crise épileptiforme chez un individu qui n'aurait jamais présenté auparavant de manifestations comitiales.

On a parlé d'épilepsie utérine, d'épilepsie testiculaire résultant de l'engagement douloureux du testicule dans le canal inguinal, d'épilepsie néphritique résultant de l'arrêt de calculs rénaux dans l'uretère et dans la vessie.

Rieutard dit qu'à l'autopsie d'un de ses malades mort d'épilepsie on trouva un calcul dans le rein.

Sedwick signale que des accès furent provoqués par l'ingestion d'une mouche cantharide.

L'épilepsie vermineuse est souvent admise. Des faits ont été observés chez l'adulte.

Tissot, Delasiauve, Gelineau incriminent le lombric; Bartholin, Stohl les oxyures; Bertet les trico-céphales; Tissot, Bremser les tœnias.

Mais si l'on relit tous ces cas, on voit qu'il s'agit souvent de localisation infectieuse.

Dès lors, dit M. R. Restan, on est en droit de se demander s'il s'agit bien là exclusivement d'épilepsie réflexe et si, plutôt, les faits invoqués ne doivent pas rentrer dans le groupe des épilepsies infectieuses et toxiques.

Pour les épilepsies vermineuses ce sont des faits exceptionnels. Evidemment il ne saurait être question de malades à la fois épileptiques et porteurs de vers intestinaux. Il s'agit exclusivement de ces faits où

l'évacuation de vers a supprimé immédiatement et à jamais les crises convulsives épileptiformes.

Cependant dans l'épilepsie pleurale étudiée par Jeanselme et ét E. Cestan on a observé des accès sûrement épileptiformes.

Et M. R. Cestan conclut : « En présence du doute concernant ces derniers faits (cités plus haut), il ne convient donc pour l'instant de ne comprendre dans le groupe des épilepsies réflexes que les crises épileptiformes en relation étroite de causalité avec une excitation périphérique sensitive, c'est-à-dire radicalement supprimée par la suppression de cette dernière. Il s'agit là de faits exceptionnels. »

Il semble en effet résulter de ceci et des données expérimentales exposées plus haut que l'on doit admettre, dans des cas rares il est vrai, l'existence d'une épilepsie symptomatique dite réflexe.

Epilepsies réflexes en rapport avec un état douloureux du tube digestif

Ce sont celles que nous nous proposons d'étudier ici.

Nous laisserons de côté les épilepsies vermineuses que l'on peut, semble-t-il, avec plus de raison faire rentrer dans la catégorie des épilepsies toxiques.

Nous parlerons de l'épilepsie gastro-intestinale et nous citerons deux Observations dues à la bienveillance de M. le Docteur R.-A. Gutman dans lesquelles les crises comitiales sont d'origine appendiculaire.

C'est surtout l'épilepsie gastrique qui a été étudiée par les auteurs.

Hippocrate avait noté l'apparition de crises épileptiques à la suite d'écarts de régime

On retrouve cette idée exprimée dans Galien, dans Portal, dans Hoffman.

Pour Pommay l'épilepsie est due dans ces cas à l'irritation du nerf vague par la surcharge alimentaire. La même cause produit des phénomènes d'excitation chez des jeunes gens vigoureux bien portants

d'habitude, d'arrêt chez des personnes d'un âge mûr très anémiées et fatiguées.

Dans ces deux catégories d'individus, les réactions sont différentes.

Et Pommay résume ainsi ses conclusions :

1° Des troubles de la digestion peuvent produire des symptômes divers dus :

- a) à l'excitation des nerfs vagues;
- b) à la paralysie.

2° Ces phénomènes sont d'origine réflexe et se passent tout entier dans la sphère du nerf vague (irritation de ses rameaux sensitifs gastriques, excitation ou paralysie réflexe de ses rameaux cardiaques).

3° Les phénomènes d'excitation se traduisent par des attaques épileptiques; les phénomènes paralytiques par des crises cardiaques (battements précipités du cœur et arythmie).

4° L'âge et la condition de santé du sujet paraissent être pour quelque chose dans le mode de réponse à l'irritation.

L'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies par :

- 1° la cause : écarts de régime;
- 2° les symptômes : vomissements alimentaires ajoutés aux symptômes ordinaires de l'attaque;
- 3° les suites : embarras gastrique.

Avant Pommay, Lépine réunit plusieurs observations d'attaque d'épilepsie survenant à la suite d'écarts de régime chez de gros mangeurs.

Gowers signale la dyspepsie comme cause occasionnelle de crise chez les sujets prédisposés.

Eloy donne l'observation d'un enfant de 11 mois qui présente des symptômes d'entérite et fait des crises convulsives; un régime meilleur remet tout en ordre. Il conclut que les convulsions épileptiformes peuvent avoir pour origine une irritation gastrique ou intestinale. C'est par l'intermédiaire du pneumogastrique que ces irritations peuvent retentir sur les centres nerveux.

Leswen observe un cas d'épilepsie gastrique.

Féré pense que l'excitation des nerfs périphériques aussi bien que viscéraux, peut déterminer des crises.

Voici les conclusions de la thèse de Dupré-Lefebvre « De l'épilepsie d'origine gastrique » :

« Il existe des accès épileptiques qui reconnaissent pour cause une excitation réflexe dont le point de départ siège dans l'estomac.

« Leur cause prochaine est généralement une alimentation vicieuse ou un trouble fonctionnel de l'estomac.

« Cette épilepsie disparaît par l'emploi du traitement consistant surtout en une hygiène alimentaire sévère et une médication modificatrice des sécrétions gastriques.

« Ces accès d'épilepsie n'ont pas de symptômes qui leur soit propre. »

Voici quelques observations tirées d'un article de M. Hartemberg se rapportant au sujet qui nous occupe :

« Chez une jeune femme qu'on m'amène il y a dix ans, je suis conduit par mon examen à incriminer comme cause provocatrice (d'épilepsie) des repas trop copieux arrosés d'eau minérale gazeuse.

Elle avait été gavée de bromure sans résultat. Je la mets au régime réduit; trois mois plus tard les accidents disparaissent. Depuis elle n'a eu que deux crises provoquées toutes deux par des repas trop copieux. Bel exemple de l'action élective de la distension de l'estomac.

« Par l'interrogatoire j'apprends que chez un homme qui souffre de crises et d'absence survenant par séries, cette période est toujours précédée deux ou trois jours à l'avance par des selles diarrhéiques; j'y remédie par un régime circonstancié; les accidents ne se reproduisent plus.

« Ces cas simples sont exceptionnels. Le plus souvent plusieurs causes simultanées associent leur action pathogène.

« C'est ainsi que chez un de mes malades intervenaient à la fois une entérite chronique, une insuffisance de sommeil, une répétition d'émotions spéciales. En supprimant ces trois causes j'obtins la suppression de la maladie.

« Cinq causes intervenaient chez une autre de mes malades : insuffisance ovarienne, dilatation d'estomac, constipation, congestion de la tête, obésité. En les combattant simultanément les accidents disparaissent. »

Pour M. Hartemberg il s'agit là de facteurs secon-

daïres agissant comme cause déterminante chez des sujets prédisposés.

Quoiqu'il en soit il est difficile de préciser, si le cerveau d'un individu a des aptitudes comitiales, alors qu'il n'a jamais fait de crise, et il semble qu'au point de vue clinique l'on puisse admettre comme épilepsie réflexe une épilepsie liée à une affection, disparaissant avec elle.

Les deux cas que nous apportons montrent des crises épileptiques survenant chez des sujets souffrant d'appendicite chronique. Le rapport unissant les crises épileptiformes à la lésion appendiculaire est très étroit comme il paraîtra à la lecture de ces observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Malade du Dr A.-A. Gutmann, opéré par M. le Prof^r Gesset.)

M. X... vient consulter pour des troubles digestifs datant de quelques années, à caractère surtout hépatique : douleurs hypogastriques, pesanteurs; périodes de subitétés, alternatives de constipation et de diarrhée, etc... On examine le malade et l'on constate une sensibilité vésiculaire et un point de Mac Burney net. Il est décidé que l'on fera un examen radioscopique. Le malade se présente à l'examen, ayant pris de la baryte neuf heures avant et à jeun; nouvelle absorption de baryte sous l'écran. On constate un spasme pylorique net avec un estomac hypotonique et à faible contraction. On recherche le point douloureux appendiculaire que l'on trouve facilement; on se prépare à faire un schéma sur l'écran, on dessine le cœcum, et pour repérer le point douloureux on appuie à nouveau sur la région appendiculaire : *au moment exact où l'on fait cette pression*, pendant que le doigt est encore sur le point douloureux, le malade dit : « Arrêtez un peu, cela ne va pas ». On arrête les rayons, et pendant qu'on se lève pour donner de la lumière, le malade tombe avec le cri caractéristique de la crise épileptique. On allume, on trouve le malade face contre terre, poings fermés, ayant le ronflement caracté-

ristique. On le transporte un peu plus loin pour pouvoir l'étendre; on constate qu'il a uriné sous lui. Le malade est pâle avec le pouls à 35. Il reste abruti pendant 5 minutes, puis il commence à parler d'une voix pâteuse pour se plaindre d'un violent mal de tête. *Il ignore complètement ce qui lui est arrivé.* Dix minutes après la crise, le malade étant toujours étendu par terre, commence à vomir; les vomissements d'abord barytes, puis bilieux, puis à vide se continuent pendant trois heures.

A ce moment le pouls est encore à 40. Les vomissements commencent à se calmer. On examine l'abdomen, il n'y a pas de douleur, pas de contracture de la paroi; mais la moindre pression sur la région du point de Mac Burney provoque des nausées ou des vomissements. Une heure après, le malade est transporté en ambulance dans une clinique; le pouls remonte progressivement, les vomissements disparaissent; le malade reste encore très fatigué le lendemain. Il est opéré trois jours après par M. le Professeur Garret. On trouve un appendice rétro-cœcal très long, remontant jusque sous le foie, enfoui et uni au cœcum par une masse compacte d'adhérences. Après l'opération vomissements contenant du sang. Guérison.

N.-B. — Le malade de cette Observation est un homme d'une quarantaine d'années, qui n'a jamais eu auparavant de crise convulsive et qui n'en a plus présenté depuis l'opération (6 mois). Il n'y a aucune trace de syphilis héréditaire ou acquise. Les examens du sang montrent les réactions sérologiques normales; pas d'augmentation d'urée dans le sang; ni sucre ni albumine dans les urines. Mais, d'autre part, le malade, qui s'est très bien observé, raconte qu'il avait depuis quelques années toute la série des signes vagotoniques: vertiges, tendances à la nausée, pollakiurie, etc...

OBSERVATION II

(Malade de MM. les Dr^s Enriquez et R.-A. Gutmann, opérée par M. le Prof^r Gossei.)

M^{me} X... consulte pour des troubles digestifs : douleurs tardives, constipation.

À l'examen on trouve un point de Mac Burney net et l'on décide un examen radiologique. L'examen est pratiqué; la palpation normalement faite de la région appendiculaire provoque une douleur plus nette et plus forte que celle de l'examen clinique.

L'examen radiologique terminé, la malade rentre chez elle en automobile (5 minutes), ressentant encore un endolorissement de la fosse iliaque.

À peine est-elle chez elle que son mari, qui est dans la pièce voisine, entend un cri qui, d'après l'interrogatoire, est bien le cri rauque du début de la crise épileptique. Il accourt et trouve sa femme étendue par terre, pâle *avec des secousses convulsives généralisées*; la crise semble avoir duré trois minutes; *la malade a uriné sous elle. Elle garde une amnésie complète de la crise.* Cinq minutes après le retour à la demi-conscience vomissements abondants. Lorsque la malade est examinée, une heure après environ, on ne constate plus aucun phénomène pathologique. Il subsiste de l'endolorissement de la fosse iliaque.

La malade passe une bonne nuit. Le lendemain dans la matinée, la malade, qui habite au 1^{er} étage, est trouvée par le concierge, attiré par un cri et un bruit de chute, au bas de l'escalier, en robe de chambre, au milieu d'une crise convulsive semblable à celle de la veille.

On la remonte chez elle sans connaissance; on ne sait pas si elle a uriné sous elle, *mais la malade s'est blessée en tombant, et il y a amnésie complète de toute la scène, y compris le départ dans l'escalier.* La malade est donc sortie

de sa chambre et a descendu l'escalier inconsciemment comme au cours des formes procursives de l'épilepsie.

On porte, par analogie avec les cas d'asthme appendiculaire, le diagnostic d'épilepsie réflexe d'origine appendiculaire. La malade est opérée le lendemain par M. le Professeur Gosset : appendicite chronique typique. Suites opératoires normales.

N.-B. — Il s'agit d'une femme n'ayant jamais eu de crises convulsives auparavant ni dans son enfance ni dans sa jeunesse. Opérée depuis cinq ans, maintenant il n'y a plus jamais eu non plus aucune crise.

Tous les examens du sang et des urines sont négatifs. Mais il y a lieu de soupçonner une possibilité de spécificité héréditaire : quoiqu'il en soit, il faut noter que les crises ont disparu sans qu'il ait été fait aucun traitement spécifique.

PATHOGENIE

Par quel mécanisme une irritation d'un point quelconque du tube digestif arrive-t-elle à produire dans des cas, exceptionnels à la vérité, surtout si l'on considère la quantité de malades atteints de troubles digestifs, une crise d'épilepsie ?

Précisons d'abord que ces crises comitiales nous paraissent faire partie d'une série de troubles que l'on observe plus couramment dans les affections du tube digestif : états de malaise, états nauséeux, sueurs, vertiges, syncopes, salivation abondante, asthme (asthme gastrique, asthme appendiculaire), altérations du rythme cardiaque (tachycardie, bradycardie). Tous ces accidents sont des effets de l'excitation du pneumogastrique, et il importe ici de signaler le rôle de l'appendicite chronique dans la production de ces troubles (vagotomie appendiculaire. Enriquez et R.-A. Gutmann).

Ce rôle sur lequel MM. Enriquez et Gutmann ont insisté à plusieurs reprises et qui est développé dans la thèse de E. Rouvière : « Contributions à l'étude des réactions du pneumogastrique dans l'appendicite chronique » semble indiscutable et il est très vraisem-

blable d'admettre que les crises comitiales qui nous occupent sont de la même nature et surviennent chez des sujets hypervagotoniques.

Parmi tous les troubles qui accompagnent l'hypervagotonie c'est sans doute à la bradycardie qu'il faut rapporter les accès épileptiformes.

Rappelons que des crises ont été observées au cours de la maladie de Stokes Adams, lorsque les pulsations se ralentissent dans une crise paroxystique. Accidentellement d'ailleurs, on a pu observer des cas où la crise comitiale était provoquée presque expérimentalement par la bradycardie; tel est le cas typique rapporté par André Munier d'un accès convulsif à type comitial déclanché par la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez un jeune soldat n'ayant jamais eu de crise. Or, dans l'appendicite chronique par exemple il existe un réflexe appendiculo-cardiaque analogue au réflexe oculo-cardiaque, très semblable lui-même au réflexe solaire de Claude. On a vu dans une des observations inédites rapportées plus haut que la pression de l'appendice avait en même temps que provoqué une crise, ralenti considérablement le pouls.

En somme les crises convulsives observées dans les affections du tube digestif paraissent être le résultat de l'irritation du pneumogastrique agissant sans doute par le mécanisme de la bradycardie.

L'excitation du pneumogastrique par une lésion quelconque chez un sujet hypervagotonique va déterminer une réaction.

Cette réaction sera personnelle. « Des causes localement agissantes sont nécessaires pour canaliser la réaction dans un sens clinique déterminé. » (Gutmann).

Dans certains cas le tableau clinique sera celui d'une crise comitiale.

M. Enriquez écrivait déjà en 1907 : « Il y a là un coefficient de susceptibilité individuelle. Tel malade répondra aux excitations diverses périphériques, centrales ou réflexes, par une réaction épileptique, asthmatique, tel autre par une réaction dyspeptique. »

Dans cette mesure nous sommes d'accord avec les auteurs qui parlent de prédispositions. Et l'on peut admettre, sans pouvoir la prouver, une lésion minime qui serait restée silencieuse et qui aurait canalisé l'excitation du pneumogastrique dans le sens d'une crise comitiale.

TRAITEMENT

Nous ne dirons que peu de chose du traitement. Il sera uniquement dirigé contre l'affection causale; sa guérison entraînant la disparition des crises comitiales.

Dans les deux observations que nous avons citées, on a pratiqué l'appendicectomie, et les crises ne se sont plus renouvelées.

CONCLUSIONS

1° On peut voir chez des sujets n'ayant jamais présenté de manifestations comitiales survenir des crises épileptiformes au cours d'une affection du tube digestif.

2° Ces crises sont curables; sous la dépendance stricte de l'affection causale elles disparaissent avec elle.

3° Ces crises sont sous la dépendance d'une excitation du pneumogastrique; elles rentrent dans le cadre de la vagotonie acquise.

4° Elles sont sans doute produites par le mécanisme d'une bradycardie, d'origine vagotonique, agissant par troubles circulatoires cérébraux comme au cours des paroxysmes de la maladie de Stokes Adams.

VU Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,
A. GOSSET.

VU et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

VU :

Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHOLOW. — Epileptiforms convulsions probably due to the retention of an orange seed in the gastro-intestinal canal (*Arch. Pediat. Jersey City*, 1884).
- BESSIÈRE. — Contribution à l'étiologie de l'épilepsie (*Thèse Bordeaux*, 1895).
- BALLET GILBERT. — Causes occasionnelles de l'épilepsie (*Indépendance médicale*, 26 avril 1898).
- BROWN-SÉQUARD. — Recherches sur l'épilepsie causée par la section du nerf sciatique chez les animaux (*Arch. de Physiologie*, 1870).
- CESTAN (E.). — *Les épilepsies*, Paris, 1921.
- DUPRÉ-LEFEBVRE. — De l'épilepsie d'origine gastrique (*Thèse Lille*, 1898).
- ENRIQUEZ, R.-A. GUTMANN, E. ROUVIÈRE. — La vagotonie appendiculaire (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (Séance du 16 décembre 1921).
- FLEURY (M. de). — *Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement*.
- GOWERS. — *De l'épilepsie et des autres maladies convulsives chroniques*. London, J. A. Churchill, 1901.
- GUTMANN (R.-A.). — L'Asthme appendiculaire (*Presse médicale*, 3 nov. 1920).
- Les deux voies du traitement de l'asthme (*Presse médicale*, 24 janv. 1923).

— La part des troubles végétatifs dans les maladies du tube digestif (*L'Hôpital*, fév. 1924).

HARTENBERG. — Les conditions favorisantes des paroxysmes épileptiques (*Presse médicale*, 30 avril 1924).

MATHIEU. — *Pathologie gastro-intestinale*. Paris, 1923.

MUNIER (A.). — Accès convulsif à type comitial déclenché par la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez un jeune soldat n'ayant jamais eu de crise (*Revue médicale de l'Est*, juillet 1921).

PITRES. — Article « Epilepsie » dans *Traité de Thérapeutique pratique* de A. Robin.

POMMAY. — Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique et de ses relations avec certaines névroses (*Revue de Médecine*, 1881).

PRIMAK (Mlle). — Contribution à l'étude de l'épilepsie d'origine cardiaque (*Thèse Paris*, 1915).

ROPERT. — *Etude sur l'épilepsie pleurétique*.

TISSOT. — *Traité de l'Epilepsie*.

VOISIN. — *Maladies mentales et nerveuses*, 1883.

ZACCHI. — *Epilessia riflessa da catarro dilatazione dello stomaco*. Sperimentale Firenze, 1890.

BIBLIOGRAPHIE

- BARTHOLOW. — Epileptiforms convulsions probably due to the retention of an orange seed in the gastro-intestinal canal (*Arch. Pediat. Jersey City*, 1884).
- BESSIÈRE. — Contribution à l'étiologie de l'épilepsie (*Thèse Bordeaux*, 1895).
- BALLET GILBERT. — Causes occasionnelles de l'épilepsie (*Indépendance médicale*, 26 avril 1898).
- BROWN-SÉQUARD. — Recherches sur l'épilepsie causée par la section du nerf sciatique chez les animaux (*Arch. de Physiologie*, 1870).
- CESTAN (E.). — *Les épilepsies*, Paris, 1921.
- DUPRÉ-LEFEBVRE. — De l'épilepsie d'origine gastrique (*Thèse Lille*, 1898).
- ENRIQUEZ, R.-A. GUTMANN, E. ROUVIÈRE. — La vagotonie appendiculaire (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (Séance du 16 décembre 1921)).
- FLEURY (M. de). — *Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement*.
- GOWERS. — *De l'épilepsie et des autres maladies convulsives chroniques*. London. J. A. Churchill, 1901.
- GUTMANN (R.-A.). — L'Asthme appendiculaire (*Presse médicale*, 3 nov. 1920).
- Les deux voies du traitement de l'asthme (*Presse médicale*, 24 janv. 1923).

— La part des troubles végétatifs dans les maladies du tube digestif (*L'Hôpital*, fév. 1924).

HARTENBERG. — Les conditions favorisantes des paroxysmes épileptiques (*Presse médicale*, 30 avril 1924).

MATHIEU. — *Pathologie gastro-intestinale*. Paris, 1923.

MUNIER (A.). — Accès convulsif à type comitial déclenché par la recherche du réflexe oculo-cardiaque chez un jeune soldat n'ayant jamais eu de crise (*Revue médicale de l'Est*, juillet 1921).

PITRES. — Article « Epilepsie » dans *Traité de Thérapeutique pratique* de A. Robin.

POMMAY. — Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique et de ses relations avec certaines névroses (*Revue de Médecine*, 1881).

PRIMAK (Mlle). — Contribution à l'étude de l'épilepsie d'origine cardiaque (*Thèse Paris*, 1915).

ROPERT. — *Etude sur l'épilepsie pleurétique*.

TISSOT. — *Traité de l'Epilepsie*.

VOISIN. — *Maladies mentales et nerveuses*, 1883.

ZACCHI. — *Epilessia riflessa da catarro dilatazione dello stomaco*. Sperimentale Firenze, 1890.

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.
